

**GUÍA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA PADRES QUE ASISTEN AL
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA



Jenny Carolina Sacanambuy Gómez

Keila Patricia Galvis Suarez

Medellín, Colombia

2016



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

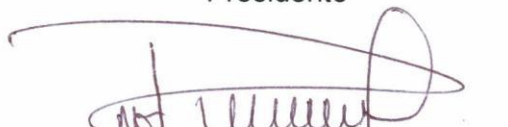
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: “**Guía de primeros auxilios para padres que asisten al control de crecimiento y desarrollo**” elaborado por los estudiantes: *Jenny Carolina Sacanambuy Gómez*, *Keila Patricia Galvis Suárez*, del programa de Atención Prehospitalaria APH, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Sobresaliente

Medellín, Mayo 25 de 2016


Mg (c). **Milton Andrés Jara**
Presidente


Dr. **Esther Guerra**
Secretario


Esp. **Jair Flórez**
Vocal

Carolina Sacanambuy
Jenny Carolina Sacanambuy Gómez
Estudiante

Keila Patricia Galvis S.
Keila Patricia Galvis Suárez
Estudiante

RESUMEN O PANORAMA DEL PROYECTO EN DESARROLLO

CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD: Ciencias De La Salud PROGRAMA:

Atención Pre hospitalaria

GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA PADRES QUE ASISTEN AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

INTEGRANTES: Jenny Carolina Sacanambuy Gomez

Keila Patricia Galvis Suarez

ASESORES: Jorge Sanchez

Esther Lucia Guerra Serna

TERMINACION DE PROYECTO: 25-05-2016

DESCRIPCION GENERAL DEL PROYECTO: La guía de primeros auxilios para padres y/o cuidadores en el programa de control del crecimiento y desarrollo tiene como finalidad dar conocimientos básicos de cómo actuar ante una urgencia o un accidente en niños de la primera infancia para ayudar a identificar que lesiones se pueden manejar en el domicilio y cuales requieren una atención inmediata en el servicio de urgencias.

IMPACTO EN LA MISION DE LA ORGANIZACIÓN: Se pretende entregar una guía de primeros auxilios para padres que asistan a control de crecimiento y desarrollo que se pueda implementar como estrategia educativa y que este pueda presentarse en la IPS Universitaria Adventista; así mismo que se institucionalice y se socialice a los padres en las actividades educativas que se realicen en dicha institución; también que se evidencien los resultados en los padres a través de encuestas y ensayos sobre el manejo de las lesiones que se encuentran en la guía.

COHERENCIA DEL PROYECTO CON EL PLAN DE DESARROLLO: Este proyecto de investigación pretende ser una herramienta educativa que oriente a padres y cuidadores para atender de manera adecuada y oportuna a los niños de la primera

infancia que presenten un accidente en el hogar. Se considera que puede llegar a ser beneficioso para todas las personas que son responsables de un menor, se cuenta con la autorización de los directivos de la institución y receptividad del personal encargado del programa de salud infantil en su componente de crecimiento y desarrollo, con esto la investigación considera su viabilidad y factibilidad y cuenta con su disponibilidad y compromiso.

PROBLEMA-OPORTUNIDAD: En el caso de los niños, los accidentes son mucho más frecuentes que en los adultos, debido a que los niños no tienen noción del peligro. La rapidez con que se realicen los procedimientos médicos puede representar la diferencia entre la vida y la muerte, o que mejore o empeore su condición.

En la Institución Prestadora de Salud (IPS) Universitaria Adventistas no se cuenta con un material educativo asequible a padres y/o cuidadores que instruyan sobre medidas de prevención y atención de accidentes comunes que acurren en el hogar lo que motiva al desarrollo de una estrategia que garantice el conocimiento, aprendizaje y aplicación de medidas preventivas y correctivas en caso de accidentes.

META: Crear una guía de primeros auxilios para cuidadores y/o responsables de niños de la primera infancia en el programa de crecimiento y desarrollo de la IPS Universitaria Adventista en el año 2016.

MACRO DE ACTIVIDADES: Consultar estadísticas de los principales accidentes en niños de la primera infancia, Seleccionar los principales accidentes para incluir en la guía,

Analizar la población a la cual va dirigido este proyecto

RESULTADOS DEL PROYECTO:

Se deja la propuesta de la guía para que la IPSUA la implemente dentro de sus actividades educativas a los usuarios objeto de esta investigación.

De lo investigado se encontró: Que la mayoría de los accidentes son prevenibles, Que se puede hacer manejo inicial sin tener muchos recursos y conocimientos, Que la institución esta presta a tener material escrito para el manejo de accidentes, Que las principales causa de accidentes en niños menores de cinco años son las quemaduras, semiahogamiento, atragantamiento, caídas, convulsiones febriles, intoxicación.

Así se propone la actividad en formación, que incluye una guía impresa en un folleto, como motivación, iniciativa de atención en el hogar a los padres y cuidadores. Es importante educar en atención de accidentes en el hogar tanto para la prevención como para un manejo adecuado, coherente y oportuno y así disminuir la presentación de secuelas y muerte innecesarias. Con esto se evidencia la necesidad de contar con un material de apoyo y se determinan las recomendaciones para implementar una estrategia educativa a padres y cuidadores que permita potenciar los conocimientos de atención primaria en salud en este caso dirigido a los usuarios de la IPSUA.

TABLA CONTENIDO

1. GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA PADRES QUE ASISTEN AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.....	11
1.1 JUSTIFICACION.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO	12
1.3.1 Objetivo general.....	12
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
1.4 VIABILIDAD DEL PROYECTO	13
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.....	13
1.6 IMPACTO DEL PROYECTO	13
2. MARCO TEORICO.....	15
2.1 MARCO CONCEPTUAL.....	15
2.1.1 Anticonvulsivantes:	15
2.1.2 Bradicardia:	15
2.1.3 Cianosis:	15
2.1.4 Compresión:	15
2.1.5 Escaldadura:	15
2.1.6 Febril:	15
2.1.7 Hematoma:	15
2.1.8 Inmersión:	16
2.1.9 Ofídico:	16
2.1.10 Primera infancia:.....	16
2.1.11 Prono:	16
2.1.12 Psicoactivo:.....	16
2.1.13 RCP:.....	16

2.1.14 Shock:	17
2.1.15 Sumersión:.....	17
2.1.16 Suturar:	17
2.2 MARCO REFERENCIAL	17
2.2.1 Enfoques utilizados por los padres para proteger a sus hijos en el hogar	17
2.2.2 ¿Porque los padres utilizan el servicio de urgencias por lesiones y enfermedades menores?	18
2.3 MARCO INSTITUCIONAL	19
2.3.1 Misión	19
2.3.2 Visión	19
2.3.3 Modelo educativo.....	20
2.4 MARCO LEGAL O NORMATIVO	21
2.4.1 Ley 1098 de 2006 código de la infancia y la adolescencia	21
2.5 MARCO TEÓRICO.....	22
2.5.1. Fundamentación teórica.....	22
2.5.2 Contenidos teóricos	22
2.5.3. Principios en la actuación de primeros auxilios.....	24
2.5.4 Accidente	25
3. DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS	39
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN	39
4. DISEÑO METODOLOGICO	42
4.1 ALCANCE DEL PROYECTO.....	42
4.2 METODOLOGIA DEL PROYECTO	42
4.3 PLAN DE TRABAJO.....	43
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44

5.1 CONCLUSIONES	44
5.2 RECOMENDACIONES	45

Lista de tablas

TABLA 1 PLAN DEL PROYECTO	14
TABLA 2 CRONOGRAMA	43
TABLA 3 GASTOS	43

Lista de graficas

GRAFICA 1 MORTALIDAD DE LA COMUNA 11	40
GRAFICA 2 MORTALIDAD DE LA COMUNA 12	41
GRAFICA 3 MORTALIDAD EN LA COMUNA 13	41

1. GUIA DE PRIMEROS AUXILIOS PARA PADRES QUE ASISTEN AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

1.1 JUSTIFICACIÓN

“La guía de primeros auxilios para padres y/o cuidadores en el programa de control del crecimiento y desarrollo tiene como finalidad dar conocimientos básicos de cómo actuar ante una urgencia o un accidentes en niños de la primera infancia para ayudar a identificar que lesiones se pueden manejar en el domicilio y cuales requieren una atención inmediata en el servicio de urgencias”. (1)

A través de esta proyecto se pretende crear una estrategia sencilla que oriente a los padres de niños de la primera infancia a prestar los auxilios cuando ocurren accidentes en el hogar y con este disminuir consultas innecesarias a los centros de urgencias así también dar los criterios, o, signos de alarmas por los cuales en realidad puedan acudir a un centro de salud.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) define accidente

Como un suceso generalmente prevenible que provoca o tiene el potencial de provocar una lesión. Se definen los primeros auxilios como la asistencia o tratamiento inmediato que se presta a alguien herido o repentinamente enfermo, antes de la llegada de una ambulancia u otra persona apropiadamente cualificada, para conservar la vida y evitar el agravamiento del estado de la víctima. Los primeros auxilios tienen como objetivo Preservar la vida, Limitar el empeoramiento del trastorno y Promover la recuperación.

“En el caso de los niños, los accidentes son mucho más frecuentes que en los adultos, debido a que los niños no tienen noción del peligro. La rapidez con que se realicen los procedimientos médicos puede representar la diferencia entre la vida y la muerte, o que mejore o empeore su condición”. (1)

Los tipos de accidentes son: traumatismo la mayoría, lesiones por cuerpo extraño, intoxicaciones, quemaduras sobre todo en la cocina, mordeduras, arañazos y picaduras y ahogamientos. (1)

En Colombia, cada día muere un niño o una niña a causa de accidentes que pudieron evitarse dentro del hogar, la escuela, parques u otros espacios donde los menores de edad realizan la mayor parte de sus actividades lúdicas, educativas y familiares.

De acuerdo con Medicina Legal y Ciencias Forenses,

Durante el 2014 se presentaron 3.040 casos donde los niños y las niñas sufrieron algún tipo de accidente como ahogamientos, caídas, asfixias, laceraciones y quemaduras. De ellos, 409 causaron la muerte del menor de edad siendo la franja de edad, entre los 0 y los 4 años, la más afectada, con el 47% de las ocurrencias. Las cifras entregadas por Medicina Legal advierten que durante el 2014, los departamentos que más número de muertes por accidentes presentaron fueron: Valle del Cauca (7.1%); Santander, (6.4%) y Córdoba, Atlántico y Antioquia (6.1%). Cifras de Medicina Legal, indican que el 40% de ellos se presentan en el seno familiar, lo que demanda una mayor responsabilidad y compromiso por parte de padres y cuidadores para garantizar a los niños y a las niñas espacios más seguros. (2)

En la Institución Prestadora de Salud (IPS) Universitaria Adventistas no se cuenta con un material educativo asequible a padres y/o cuidadores que instruyan sobre medidas de prevención y atención de accidentes comunes que acurren en el hogar lo que motiva al desarrollo de una estrategia que garantice el conocimiento, aprendizaje y aplicación de medidas preventivas y correctivas en caso de accidentes.

1.3 OBJETIVOS DEL TRABAJO

1.3.1 Objetivo general

Crear una guía de primeros auxilios para cuidadores y/o responsables de niños de la primera infancia en el programa de crecimiento y desarrollo de la IPS Universitaria Adventista en el año 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

Consultar estadísticas de los principales accidentes en niños de la primera infancia.

Seleccionar los principales accidentes para incluir en la guía.

Analizar la población a la cual va dirigido este proyecto

1.4 VIABILIDAD DEL PROYECTO

Este proyecto de investigación pretende ser una herramienta educativa que oriente a padres y cuidadores para atender de manera adecuada y oportuna a los niños de la primera infancia que presenten un accidente en el hogar. Se considera que puede llegar a ser beneficioso para todas las personas que son responsables de un menor, se cuenta con la autorización de los directivos de la institución y receptividad del personal encargado del programa de salud infantil en su componente de crecimiento y desarrollo, con esto la investigación considera su viabilidad y factibilidad y cuenta con su disponibilidad y compromiso.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las posibles limitaciones que puede llegar a tener este proyecto es que solo se aplica al semestre académico que se cursa para la investigación propuesta, así mismo los accidentes en el hogar son muchos y se deben limitar en el contenido de los temas dado los costos que pueden generar para su difusión, la ampliación de la guía es limitada.

1.5 IMPACTO DEL PROYECTO

Tabla 1 Plan del proyecto

PLAZOS	IMPACTO DEL PROYECTO	INDICADOR VERIFICABLE	SUPUESTOS
CORTO	Entregar a la IPS una guía de primeros auxilios para padres, que se pueda implementar como una estrategia educativa.	La presencia de este material educativo en la IPS.	Aceptación de la guía primeros auxilios para padres por la IPS.
MEDIANO	Que esta guía de institucionalice y se socialice a los padres en las actividades educativas.	El uso de la guía de primeros auxilios para padres en los controles de crecimiento y desarrolla.	Que es de interés para los padres y profesionales ya que es una gran ayuda educativa.
LARGO	Que se evidencie los resultados en los padres.	Que los padres manifiesten que la están usando.	Es una guía sencilla de fácil manejo que sirve para disminuir las consultas innecesarias.

2. MARCO TEORICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Anticonvulsivantes:

Relativo a una sustancia o procedimiento que previene o reduce la intensidad de las convulsiones epilépticas o de otros fenómenos convulsivos.

2.1.2 Bradicardia

Significa que su ritmo cardíaco es lento o irregular.

2.1.3 Cianosis

La cianosis es una coloración azul de los labios y los dedos de las manos y de los pies. Se produce en algunas personas con defectos cardíacos congénitos que hacen que la sangre circule en forma anormal.

2.1.4 Compresión:

Este verbo refiere a estrechar, apretar, oprimir o reducir a menor volumen.

2.1.5 Escaldadura:

Irritación cutánea de algunas partes del cuerpo.

2.1.6 Febril:

De la fiebre o relativo a ella.

2.1.7 Hematoma:

Es una zona de decoloración de la piel que se presenta cuando se rompen pequeños vasos sanguíneos y sus contenidos se filtran dentro del tejido blando que se encuentra debajo de la piel.

2.1.8 Inmersión:

Introducción de algo en un líquido.

2.1.9 Ofídico:

Se define como la lesión que resulta de la mordedura de una serpiente, sea que deje o no consecuencias para la salud.

2.1.10 Primera infancia:

Es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los cinco (5) años de edad.

2.1.11 Prono

El decúbito prono (o decúbito ventral) es una posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por: posición corporal: tendido boca abajo y la cabeza de lado es la posición ideal de un paciente.

2.1.12 Psicoactivo

Toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral, nasal, intramuscular, intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (snc), ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el encéfalo y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

2.1.13 RCP

Significa reanimación cardiopulmonar. Es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se utiliza cuando la persona ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar.

2.1.14 Shock

Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente, la falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente.

2.1.15 Sumersión

Inmersión o sumergimiento total de un cuerpo en un medio líquido.

2.1.16 Suturar

Coser una herida.

2.2 MARCO REFERENCIAL

2.2.1 Enfoques utilizados por los padres para proteger a sus hijos en el hogar

2.2.1.1 Fondo

Los siguientes párrafos fueron tomados de la página web que tiene por nombre BioMed Central escritos por el investigador Ablewhite, Joanne

Lesiones infantiles no intencionales representan un importante problema de salud mundial. Muchas lesiones no intencionales que experimentan los niños de la primera infancia se producen dentro de la casa y se pueden prevenir. El objetivo de este estudio fue explorar los enfoques utilizados por los padres de niños menores de cinco años con el fin de ayudar a prevenir las lesiones no intencionales en el hogar y los factores que influyen en su uso. La comprensión de cómo los padres se acercan a la gestión de riesgos en el hogar tiene implicaciones importantes para los profesionales de la salud. (3)

2.2.1.2 Resultado

Tres estrategias de prevención de lesiones utilizados por los padres fueron:
a) Los aspectos ambientales tales como la eliminación de los peligros, y el uso de equipos de seguridad; b) supervisión de los padres; y c) la enseñanza, por ejemplo, enseñar a los niños acerca de la seguridad y el uso de reglas y la rutina. Las estrategias se utilizan a menudo en combinación debido a sus limitaciones individuales, evaluación de los padres del riesgo de lesiones, el uso de la estrategia y la eficacia percibida eran procesos fluidos dependientes en el carácter de un niño, la edad de desarrollo y las experiencias previas de los padres y el niño. Algunos

padres eran más proactivos en su enfoque de la seguridad en el hogar, mientras que otros sólo hacen reaccionar si su hijo ha demostrado un interés en un objeto o actividad en particular percibido como un riesgo de lesiones.

Los resultados indican que las estrategias de prevención de lesiones similares fueron utilizadas por los padres de los niños que habían experimentado una caída, y escaldaduras, lesiones o intoxicaciones y las de los niños en el grupo de control. Se puede observar que las modificaciones ambientales fueron la estrategia más común que se utiliza para reducir el riesgo de lesión; en comparación, menos padres utilizan estrategias educativas. (3)

2.2.1.3 Conclusiones

En conclusión, este estudio ha identificado las estrategias de seguridad clave utilizadas por los padres en el hogar para reducir las lesiones no intencionales. Prácticas de prevención de lesiones de los padres abarcan una gama de estrategias que son fluidos de acuerdo con la edad y etapa de desarrollo del niño; Sin embargo, los padres informan de que todavía les resulta difícil decidir qué estrategia deben usar y cuándo. (3)

2.2.2 ¿Porque los padres utilizan el servicio de urgencias por lesiones y enfermedades menores?

2.2.2.1 Objetivo

Para entender la toma de decisiones cuando se lleva a un niño a un servicio de urgencias.

2.2.2.2 Resultados

Los siguientes párrafos fueron tomados del sitio web que lleva por nombre JSRM open escritor por la investigadora Ogilvie, Sarah:

En suma, se analizaron 373 respuestas. La mayoría de las asistencias fuera por lesiones menores, aunque la enfermedad es más común en <4 años de edad. La mayoría de las presentaciones fueron un plazo de 4 h de la lesión / enfermedad y los padres normalmente buscado consejo antes de asistir. Los padres más jóvenes reportaron sentirse más estresados. Los padres de los niños más pequeños perciben la lesión / enfermedad sea más grave, reportando mayores niveles de preocupación, el estrés, impotencia y malestar y menos confianza. Los padres educados a un nivel superior eran más propensos a administrar los primeros auxilios / medicación. Alrededor del 40% no buscó el asesoramiento antes de asistir y por lo general éstos eran padres de edad <24 y los padres de niños de <1 año. Los principales factores determinantes del uso fueron: asesorado por alguien que no sea un médico de cabecera; urgencia percibida; conveniencia percibida. La necesidad de seguridad también contó. (4)

2.2.2.3 Discusión

La sugerencia de que alrededor de la mitad de los padres no administrar ninguna maniobra de primeros auxilios / medicamento antes de la atención, y los educados a un nivel superior eran más propensos a usar autoayuda, indica que la educación

de primeros auxilios podría ser beneficioso. Los estudios anteriores no británicos han informado de niveles más altos de autoayuda puede reflejar las diferencias culturales. También es necesaria la investigación cualitativa para explorar el hallazgo de que los padres en el quintil menos privados mostraron niveles significativamente más bajos de confianza en el cuidado de un niño enfermo o lesionado como evidencia sugiere que presencias son más frecuentes entre las comunidades desfavorecidas. Los principales determinantes de la asistencia fueron: alguien que no sea un médico de cabecera asesorar a la asistencia; urgencia percibida; percibida idoneidad de destino. La necesidad de seguridad fue un factor determinante para los padres de los niños que presentan una enfermedad. (4)

2.2.2.4 Conclusiones

Los hallazgos sugieren que es difícil para los padres determinar si los síntomas de su hijo reflejan las condiciones de menor importancia. Los esfuerzos deben centrarse en la construcción de confianza de los padres y la auto-ayuda y ser dirigida a los padres de los niños más pequeños y los padres más jóvenes. Esto se suma a los servicios apropiados de evaluación de la lesión / enfermedad y tratamiento menor”. (4)

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

2.3.1 Misión

La Corporación Universitaria Adventista - UNAC declara como su misión:

Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblica cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día. (5)

2.3.2 Visión

La Corporación Universitaria Adventista - UNAC declara como su visión:

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, ser una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad. (5)

Nuestro sueño en la Universidad de Colombia - UNAC es formar jóvenes con un compromiso de servicio a Dios y a sus semejantes capacitándolos intelectual, espiritual y socialmente para cumplir su misión en esta vida y prepararse para la Eternidad. Buscar la excelencia en todo lo que se hace es un principio fundamental de nuestro modelo educativo y sobre el cual intentamos inspirar a todos los jóvenes que pasan por nuestras aulas. Esa ha sido la razón la cual por más de 70 años la UNAC desarrolló su proyecto en un campus que cumplía con las condiciones necesarias para hacer de eso una realidad.

Sin embargo, las condiciones que hoy rodean a nuestro campus son muy diferentes a aquellas que se encontraban en los primeros años. Por eso creemos que es el tiempo de reubicar nuestras instalaciones a un lugar que facilite la concreción de nuestros sueños y que nos permita continuar trabajando por el crecimiento académico e investigativo. Se necesitan más residencias para los estudiantes y más laboratorios. Se necesita facilitar aún más la formación de nuestros profesores generando las condiciones apropiadas que fomenten la investigación y el conocimiento. Esto resultará en un servicio profesional más efectivo al mundo y a nuestra sociedad. Es hora de trabajar por nuestros sueños, es hora de creer y ver a la UNAC con una visión 20/20. (5)

2.3.3 Modelo educativo

“Educar es redimir” es el lema que a lo largo de muchos años ha inspirado a los docentes adventistas a desarrollar la magna tarea de la Educación Cristiana. La historia de la Corporación Universitaria Adventista, se ha visto influida por tal lema. Y a pesar de la edad sexagenaria de la institución, el desafío allí contenido mantiene plena vigencia. La gran pregunta cuando alguien se propone una meta es: ¿cómo alcanzarla? Siempre es más fácil saber a dónde queremos ir, que saber cómo llegar.

Y lo mismo ocurre con el proceso educativo con el que estamos comprometidos. Sabemos que nos proponemos como meta fundamental, trabajar por la salvación de nuestros estudiantes. Pero no siempre es claro cómo hacer las cosas, sobre todo el tratar de conciliar con las metas secundarias. Desde hace algún tiempo ha sido notorio la necesidad de un Modelo Educativo Unacense. Se ha tenido muy claro que existe una filosofía Adventista de la Educación Cristiana. Pero sin una sistematización que de la debida claridad a su aplicación al diario vivir. No quiere esto decir que el quehacer cotidiano no haya sido influido por la mencionada filosofía, sino que la respuesta a las preguntas que surgen no siempre son fáciles de conseguir. Por eso como Institución nos hemos propuesto arribar a un modelo propio, basado en la filosofía que nos orienta en todo lo que aquí hacemos. Porque ante todo, nuestro principal deber es hacer las cosas a la manera de Dios, y creemos que la voluntad Divina para la Educación Cristiana, ha sido expresada por medio de la Fuente de donde extraemos nuestra filosofía: la Palabra de Dios. Por eso, el personal docente de la UNAC, fue desafiado a expresar en un documento, cuál sería el ideal de Dios para la sección de la Institución en la cual cada uno se desenvuelve. Y el resultado ha sido una serie de documentos muy valiosos e interesantes que se están resumiendo en este primer borrador de lo que será nuestro Modelo Educativo Institucional. Vale decir, que hasta donde sabemos, es la primera institución universitaria adventista que emprende tan extraordinaria tarea. Y que bueno saber que todas las instancias de la institución, han aportado y siguen aportando en el desarrollo y práctica de tan importante documento.

2.4 MARCO LEGAL O NORMATIVO

2.4.1 Ley 1098 de 2006 código de la infancia y la adolescencia

2.4.1.1 Artículo 17

“Derecho a la vida y a la calidad de vida y a un ambiente sano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano”. (6)

2.4.1.2 Artículo 18

“Derecho a la integridad personal. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a ser protegidos contra todas las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. En especial, tienen derecho a la protección contra el maltrato y los abusos de toda índole por parte de sus padres, de sus representantes legales, de las personas responsables de su cuidado y de los miembros de su grupo familiar, escolar y comunitario”. (6)

2.4.1.3 Artículo 20

“Derechos de protección. Los niños, las niñas y los adolescentes serán protegidos contra: 1. El abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención”. (6)

2.4.1.4 Artículo 27

“Derecho a la salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud”. (6)

2.4.1.5 Artículo 29

“Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas”. (6)

2.5 MARCO TEÓRICO

2.5.1. Fundamentación teórica

En cualquier momento de la vida, puede ocurrir cualquier tipo de accidente. Y si en ese momento ocurre la desgracia de que no hay ningún médico, debemos ser nosotros el que ayude al lesionado. La actuación instantánea sobre el lesionado es fundamental para su recuperación.

Los primeros auxilios, son medidas terapéuticas urgentes que se aplican a las víctimas de accidentes o enfermedades repentinas hasta disponer de tratamiento especializado. El propósito de los primeros auxilios es aliviar el dolor y la ansiedad del herido o enfermo y evitar el agravamiento de su estado. En casos extremos son necesarios para evitar la muerte hasta que se consigue asistencia médica. Los primeros auxilios varían según las necesidades de la víctima y según los conocimientos del socorrista. Saber lo que no se debe hacer es tan importante como saber qué hacer, porque una medida terapéutica mal aplicada puede producir complicaciones graves. Por ejemplo, en una apendicitis aguda un laxante suave puede poner en peligro la vida del paciente. (7)

2.5.2 Contenidos teóricos

2.5.2.1 Cuerpo humano

“El cuerpo humano designa al conjunto de lo que estructura, anatómica y antropológicamente, el organismo de un hombre o de una mujer. De la cabeza a los pies, debajo de la piel encontramos una estructura ósea, un aparato muscular, vasos sanguíneos, el sistema nervioso, endocrino, urinario, digestivo, respiratorio, reproductor, etc. En promedio un 65 % de la masa corporal del cuerpo humano adulto

está representado por agua, que forma parte de la composición del cuerpo humano y de todo lo que lo constituye” (la piel, los músculos, los huesos...). (8)

2.5.2.2 Posición anatómica

Cruz Roja Colombiana, Manual De Primeros Auxilios 2011 dice:

“que la posición anatómica sirve de referencia para describir al cuerpo humano. Consiste en estudiar al paciente de pie, mirando de frente al observador, con los brazos extendidos hacia abajo y a los lados del cuerpo, las palmas de las manos hacia delante y las puntas de los pies separados”.

2.5.2.3 Signos vitales

Los signos vitales son la manifestación externa de funciones vitales básicas tales como la respiración, la circulación y el metabolismo, los cuales pueden ser evaluados en el examen físico y medirse a través de instrumentos simples. Estos valores varían según la edad y en algunos casos el sexo, sus variaciones expresan cambios que ocurren en organismo, por índole fisiológico y patológico. Los cuatro principales signos vitales son: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión (presión) arterial, temperatura, y pulsioximetría.

➤ Valores normales de la respiración según la edad:

Lactante < 1 año 30 a 60 rpm

Bebé 1 a 3 años 24 a 40 rpm

Preescolar 4 a 5 años 22 a 34 rpm

➤ Valores normales de la frecuencia cardíaca/pulso según la edad:

Neonatos hasta 3 meses entre 85 y 205 latidos por minutos

Niños de 3 Meses a 2 años entre 100 y 190 latidos por minutos

Niños de 2 a 10 años entre 60 y 140 latidos por minutos

Puntos de palpación

Pulso carotideo: Sobre el recorrido de las arterias carotideas, medial al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Los pulsos carotideos son los más valiosos para evaluar la actividad cardíaca. Nunca se deben palpar las 2 carótidas de forma simultánea.

Pulso braquial: Localizado en la cara anterior de la flexura del codo, en posición medial, sobre el músculo pronador.

➤ Valores normales de la temperatura por edad:

Recién nacido 36,1 a 37,7 °C

Lactante 37,2 °C

Niños de 2 en adelante 37,0 °C

Sitios para obtención

Rectal: Se debe lubricar el termómetro y proteger la intimidad del paciente. El resultado tiende a ser 0,5 a 0,7°C mayor que la temperatura oral. La temperatura rectal es recomendable para el paciente menor de 6 años, a menos, que se le haya practicado cirugía rectal o presente algún tipo de contraindicación.

Axilar: es recomendable en adultos y niños mayores de 6 años; se deja el termómetro durante cinco minutos. El resultado es 0,5°C menor que la temperatura oral. (9)

2.5.3. Principios en la actuación de primeros auxilios

2.5.3.1 Secuencia de atención

La secuencia de atención para primeros auxilios es un esquema básico de los que debe hacerse en caso de emergencias, pero varía en función de emergencia y las condiciones de la víctima. Deben establecerse las prioridades para el caso específico. En toda emergencia, es necesario evaluar la relación entre las lesiones o síntomas (según el caso), o el daño que puede ocasionar si no son tratados de inmediato, y el riesgo de producir nuevos daños con el tratamiento. Realice lo siguiente.

- ✓ Mantener la calma
- ✓ Pedir ayuda.
- ✓ Proporcionar atención inmediata al niño accidentado.

- ✓ Deberá el padre o cuidador practicar al afectado las prestaciones de Primeros Auxilios, según su conocimiento poco y/o mucho que posee o de las personas que lo asistan.
- ✓ Intentar trasladarlo, siempre que sea posible, a un lugar tranquilo y seguro.

2.5.3.2 Observando al accidentado

- ✓ Revise su respiración
 - Respira normalmente – siga observando.
 - Respira con dificultad – revise la boca
 - No respira – dar respiración.

- ✓ Reconozca su grado de conciencia
 - Dice su nombre.
 - Se ubica en el lugar.
 - Señala la fecha.

- ✓ Tome pulso a la víctima en caso de que tenga experiencia
 - Pulso normal – siga observando.
 - Pulso débil – shock.
 - Pulso irregular – hemorragia interna, derive a centro médica.
 - No presenta pulso – masaje cardíaco.

2.5.4 Accidente

La OMS define el accidente como un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independiente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones orgánicas o trastornos mentales. Los accidentes son la causa más común de muerte en los niños de más de un año de edad, siendo importante la influencia de los factores de riesgo en los hogares.

Según la OMS los accidentes domésticos son la tercera parte del total de los accidentes que se reportan como productores de lesiones y muertes.

Se define como accidente a cualquier suceso que es provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal.

La amplitud de los términos de esta definición obliga a tener presente que los diferentes tipos de accidentes se hallan condicionados por múltiples fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable. El grupo que genera mayor mortalidad es el de los accidentes producidos con ocasión del transporte de personas o mercancías por tierra, mar o aire. A pesar de las proporciones que suelen alcanzar los accidentes aéreos, sin duda es el transporte por carretera el que mayor número de víctimas provoca.”

Tipos de accidentes que pueden existir:

2.5.4.1 Accidentes en el campo

Las lesiones que pueden producir pueden ser desde simples heridas sin mayor importancia hasta la propia muerte. Las salidas al aire libre, al campo, son buenas para la salud pero hay que seguir una serie de pautas para evitar incidentes.

2.5.4.2 Accidentes domésticos

Los accidentes domésticos son aquellos que ocurren en el hogar o en sus alrededores (escalones, tanto en la vivienda como en el patio, jardín, garaje, accesos a los pisos, vestíbulos en la escalera, etc.). La vivienda es el lugar habitual de los accidentes de los niños menores de cinco años.

La OMS, resalta la importancia de los accidentes domésticos en la siguiente frase:

El automóvil más veloz, el avión, la montaña más escarpada..., son menos peligrosos que la escalera, la cocina o el dormitorio de cualquier vivienda. El tubo de aspirina olvidado por descuido encima de una mesa, el agua hirviendo que se derrama... causa entre la juventud y la infancia más muertes e impedidos que la poliomielitis y la tuberculosis. Entre los accidentes más frecuentes podemos encontrar quemaduras, ahogamientos, caídas, obstrucción de vía aérea, intoxicaciones, convulsiones.(11)

Los accidentes constituyen una causa de muerte exógena y por tanto, vulnerable a las actuaciones preventivas de las políticas de salud.

Los accidentes infantiles constituyen una importante causa de muerte para la población de 1 a 14 años, sin embargo, su trascendencia social incluye otras muchas razones. (11)

Entre los accidentes más comunes tenemos: quemaduras, ahogamientos, atragantamiento, caídas, convulsiones febriles e intoxicaciones; los cuales se describen a continuación.

2.5.4.2.1 Quemaduras

Es una lesión en los tejidos del cuerpo causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, rayos solares o radiaciones. Las escaldaduras por líquidos calientes y vapor, los incendios en edificios y los líquidos y gases inflamables son las causas más comunes de las quemaduras.

Existen tres tipos de quemaduras:

Quemaduras de primer grado, que dañan solamente la capa externa de la piel.

Quemaduras de segundo grado, que dañan la capa externa y la que se encuentra por debajo de ella.

Quemaduras de tercer grado, que dañan o destruyen la capa más profunda de la piel y los tejidos que se encuentran por debajo de ella.

Las quemaduras pueden causar hinchazón, ampollas, cicatrices y, en los casos más severos la pérdida del conocimiento y hasta la muerte. También pueden conducir a infecciones porque dañan la barrera protectora de la piel.

El tratamiento de las quemaduras depende de la causa, qué profunda es y qué grande es el área del cuerpo afectada. Las pomadas con antibióticos pueden prevenir o tratar las infecciones. Para quemaduras más graves, es posible que se necesite tratamiento para limpiar la herida, reemplazar la piel y asegurarse que el paciente recibe suficiente líquidos y nutrición. (12)

✓ Tratamiento de quemaduras menores

Usted puede realizar su propio tratamiento de primeros auxilios para las quemaduras siempre que el área afectada no mida más de 3 pulgadas de diámetro.

✓ Enfriamiento.

Permitir que el agua fluya directamente sobre la superficie quemada por lo menos cinco minutos. Esto se puede hacer hasta que el dolor se alivie un poco. A falta de agua corriente, puede conseguir un recipiente lleno de agua fría y vaciarlo sobre la superficie quemada. Esto ayudará a reducir la hinchazón causada por la quemadura en su piel. Evite poner hielo directamente sobre la piel quemada.

✓ El uso de un vendaje de gasa de algodón.

Sin apretar envuelva la tela alrededor de la piel quemada. La idea de utilizar este método es mantener el aire fuera de la zona quemada, mientras que también ayuda a reducir la cantidad de inflamación o el dolor. (13)

✓ El tratamiento de quemaduras graves

En caso de quemaduras de tercer grado, solicite ayuda médica inmediatamente, puede comunicarse al número único de emergencias 123. A la espera de que el personal médico llegue, tome nota de lo siguiente:

Quitar la ropa quemada del cuerpo del paciente. Si desea asegurarse de que el paciente ya no está expuesto a materiales ardientes, debe tener cuidado al retirar la ropa del cuerpo del paciente.

Si bien el tratamiento de agua fría es ideal para las quemaduras menores, no es aconsejable para las quemaduras graves ya que esto provocaría un shock.

Verifique los signos vitales de la persona, como la respiración, la circulación o pulso.

Envuelva el área quemada del cuerpo con un paño húmedo o una toalla. Asegúrese de que sea estéril. (13)

✓ Asesoramiento para el tratamiento de quemaduras

Nunca debe realizar las siguientes acciones:

Nunca coloque el hielo directamente sobre la piel quemada. Si lo hace, dará lugar a la congelación y aumentar los daños ya presentes en la piel.

Evite el uso de ungüentos o aceites ya que pueden interferir con el proceso natural de curación.

Evite romper las ampollas que vienen con la piel quemada, ya que se expone a la infección. (13)

2.5.4.2.2 Ahogamiento

Según la nueva definición de la OMS de 2002, “El ahogamiento es el proceso de sufrir dificultades respiratorias como consecuencia de la sumersión o la inmersión en un líquido”. (14)

✓ En caso de ahogo

Grite por ayuda.

Saque lo antes posible al niño del agua.

Si respira, póngalo de costado (posición de recuperación) y llame una ambulancia.

Si no respira, inicie de inmediato la respiración boca a boca y masaje cardíaco: RCP.

No se dé por vencido muy pronto. No extraiga el agua de los pulmones o estómago; sólo demora la reanimación. Por mientras, pida a alguien que llame a Rescate.

No le quite o cambie la ropa, la baja temperatura es un aliado en estos casos.

Es mejor una reanimación mal hecha, que ninguna. (15)

✓ Atragantamiento

Se denomina atragantamiento a la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE) provocando un cuadro repentino de asfixia, que si no se resuelve provoca una hipoxia grave, que da lugar a inconsciencia, seguida de parada cardiorrespiratoria y muerte. El atragantamiento se identifica porque el paciente presenta dificultad para respirar, se lleva las manos al cuello y adquiere una coloración azulada.

✓ Procedimientos

Se debe sospechar de atragantamiento en niños y lactantes ante una dificultad respiratoria de comienzo rápido asociado a tos, náuseas o estridor, sin otros signos de enfermedad y/o si el niño estaba comiendo o jugando con piezas pequeñas inmediatamente antes del comienzo de los síntomas.

- ✓ Valorar el estado de consciencia del paciente.
- ✓ Intentar mantener la calma.
- ✓ Permanecer al lado del paciente y solicitar ayuda, si no remite el episodio.
- ✓ Paciente consciente posicionarlo sentado o de pie.
- ✓ Paciente inconsciente posicionarlo en decúbito supino sobre un plano duro.

- ✓ Técnica

Paciente consciente:

Si el paciente está tosiendo de forma eficaz, no es precisa ninguna maniobra externa. Animarle a toser y vigilarlo de forma continuada.

Si la tos es inefectiva o no puede toser:

Colocarse al lado y ligeramente por detrás del paciente, sujetando su pecho con una mano e inclinarlo bien hacia delante para que cuando el objeto sea desalojado salga fuera de la boca.

Dar cinco palmadas fuertes interescapulares con el talón de la mano que queda libre. O

Si las palmadas no son eficaces se realizarán 5 compresiones abdominales (puede utilizarse la maniobra de Heimlich) que tiene como finalidad aumentar la presión intrabdominal y de forma indirecta aumentar la presión intratorácica simulando así el efecto de la tos.

Con el paciente sentado o de pie, colocarse detrás rodeando con ambos brazos la parte superior de su abdomen.

Inclinarlo bien hacia delante.

Poner una de nuestras manos en puño, y situarlo en la línea media entre el ombligo y lejos del xifoides.

Con la otra mano se agarrar el puño y se presionará con movimientos rápidos, hacia dentro y hacia arriba.

Repetir cada compresión 5 veces si el cuerpo extraño no es expulsado.

✓ Maniobra en menores de un año:

Colocar y sujetar al lactante en prono con la cabeza hacia abajo, para permitir que la gravedad ayude a expulsar el cuerpo extraño.

Sujetar la cabeza del bebé colocando el pulgar de una mano en uno de los ángulos de la mandíbula y uno o dos dedos de la misma mano en el ángulo contralateral.

Golpear hasta 5 veces la espalda del lactante con el talón de una mano, en la zona media entre ambas escápulas.

Si los golpes interescapulares no son suficientes para expulsar el objeto y el niño sigue todavía consciente, realizar compresiones torácicas. No utilizar compresiones abdominales (maniobra de Heimlich) en los lactantes.

Girar al lactante y colocarlo en posición supina con la cabeza hacia abajo.

Identificar la zona de las compresiones torácicas (mitad inferior del esternón, aproximadamente un dedo por encima del xifoides)

Darle cinco compresiones torácicas. Estas son similares a las compresiones torácicas (de la RCP) pero más bruscas y con un ritmo más lento.

Si el cuerpo extraño no ha sido expulsado y el lactante sigue consciente se debe seguir con la secuencia de golpes en la espalda y compresiones torácicas hasta su expulsión o hasta que el lactante quede inconsciente. (16)

✓ En niños inconscientes:

Abrir la vía aérea y realizar cinco ventilaciones

- Mientras mantiene abierta la vía aérea, cierre la nariz de la víctima.
- Realice una ventilación. Ponga su boca sobre la boca del niño.
- Realice 2 ventilaciones (espere durante 1 segundo en cada una). Observe si hay elevación torácica con cada ventilación.

A continuación iniciar RCP. (16)

Comprima fuerte y rápido el tórax y alternar con ventilaciones

- Asegúrese de que el niño este en una superficie plana y firme en posición supina,
- quite le la camisa
- coloque el talón de la mano en la mitad inferior del esternón

- comprima unos 5 cm (2 pulgada) a una frecuencia mínima de 100 compresiones por minuto
- tras una compresión, deje que el tórax vuelva a su posición normal. (16)

✓ **Caídas**

Caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo.

✓ Clasificación:

✓ Caída accidental:

Es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ej: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.

✓ Caída repetida:

Expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.

✓ Caída prolongada

Es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante. (17)

✓ ¿Qué hacer en caso de caída?

Si sospecha una fractura o una lesión articular, NO mueva al accidentado más de lo estrictamente necesario. De esta manera, conseguirá evitar agravar las lesiones que se hayan producido.

Valore el alcance de la lesión, y si tiene la más mínima sospecha de que pueda haberse producido una fractura, tranquilice a la víctima y pida ayuda.

Llame al servicio de emergencias, identifíquese y explique lo ocurrido.

En caso de producirse un hematoma, aplica una bolsa con hielo en la zona afectada durante una media hora.

Si el niño sufre una hemorragia, limpia la herida y bloquea la salida de la sangre ejerciendo presión con un dedo o cubriendo la parte afectada con una gasa estéril durante dos minutos. Cuando la sangre deje de correr, debes valorar si es necesario llevar al niño con un médico que suture la herida.

No te dejes invadir por el pánico, mantén la calma, esto te ayudará valorar bien la gravedad de la herida o fractura.

Evita transmitir angustia al niño y, al contrario, transmítale ánimo y confianza. Nunca le coloque vendas o esparadrapos sin haber limpiado antes la herida. (18)

Si hay una herida en la cabeza, limpie la herida y verifique su tamaño. En caso de herida grande, la víctima requiere examen médico. En la mayoría de los casos, debido a la densidad de los vasos sanguíneos en la cabeza, el lesionado perderá mucha sangre, aún si se trata de un corte pequeño.

Si el niño pierde el conocimiento o se queja de mareos o vómitos, o pareció shockeado, puede que se trate de una conmoción cerebral. Las señales de conmoción cerebral pueden aparecer incluso después de varias horas de la caída (hasta 48 horas), por lo cual se debe seguir de cerca al niño que recibió un golpe en la cabeza. Cuando se trata de un bebé o niño pequeño, se lo debe observar y asegurarse de que se mantiene despierto por lo menos durante una hora después de haber recibido el golpe.²¹

✓ **Convulsiones febriles**

El doctor L, Dr. M. Tomas Mesa define las convulsiones febriles

Se define como un fenómeno paroxístico (brusco y violento), ocasional, involuntario que puede inducir a alteración de la conciencia, movimientos anormales o fenómenos autonómicos tales como cianosis o bradicardia y obedece a una descarga neuronal anormal en el sistema nervioso central (SNC). Epilepsia es un estado patológico crónico, de etiologías múltiples, que se caracteriza por la repetición de fenómenos paroxísticos inducidos por una disfunción brusca de las neuronas cerebrales. Estas pueden ser primarias, citogenéticas o secundarias en su origen. En general, las convulsiones se identifican con epilepsia, por ser consecuencia de alteración neuronal del SNC, pero no todo lo que convulsiona es epilepsia. Existen también episodios de naturaleza paroxística, que pueden producir

alteraciones de conciencia y movimientos anormales, pero no son de origen epileptiformes o por descarga del SNC. Estos son más numerosos pero difíciles de diferenciar con las convulsiones epilépticas y no obedecen al tratamiento con drogas anticonvulsivantes. (19)

Una convulsión febril es una convulsión en un niño que se desencadena por la fiebre.

✓ Síntomas

Una convulsión febril puede ser algo tan leve como que simplemente se le volteen los ojos al niño o se le pongan rígidas las extremidades. Una convulsión febril simple se detiene por sí sola en cuestión de unos segundos hasta 10 minutos. A menudo va seguida de un período corto de somnolencia o confusión.

Los síntomas pueden incluir cualquiera de los siguientes:

Una tensión (contracción) repentina de los músculos en ambos lados del cuerpo del niño. La contracción muscular puede durar algunos segundos o más.

El niño puede llorar o gemir.

El niño caerá si está de pie.

El niño puede vomitar y morderse la lengua.

Algunas veces, los niños no respiran y pueden empezar a ponerse morados.

El cuerpo del niño puede empezar a sacudirse rítmicamente. El niño no responderá a la voz de los padres.

Es posible que se elimine orina.

Una convulsión que dure más de 15 minutos, suceda sólo en una parte del cuerpo o se repita durante la misma enfermedad no es una convulsión febril normal.

El proveedor de atención médica puede diagnosticar una convulsión febril si el niño tiene una convulsión de gran mal pero no tiene antecedentes de trastornos convulsivos (epilepsia). Una convulsión de gran mal involucra el cuerpo entero. En bebés y niños pequeños, es importante descartar otras causas tras una primera convulsión, especialmente la meningitis (una infección bacteriana de la cubierta del cerebro o la médula espinal).

✓ ¿Qué hacer en caso de convulsión?

Durante la convulsión, tome las siguientes medidas para mantener al niño seguro:

No contenga al niño ni intente detener los movimientos convulsivos.

Coloque al niño en el suelo en un área segura. Retire los muebles y otros objetos puntiagudos del área.

Se puede poner una cobija debajo del niño si el piso es duro.

Muévalo sólo si está en un lugar peligroso.

Afloje cualquier prenda de vestir que le quede ajustada, especialmente alrededor del cuello. Si es posible, abra o retire la ropa de la cintura para arriba.

Si el niño vomita o si se acumula saliva o mucosidad en la boca, volteeo de lado o boca abajo. Esto es importante también si la lengua parece estar obstaculizando la respiración.

No intente meterle nada en la boca a la fuerza para impedir que se muerda la lengua. Esto aumenta el riesgo de lesiones.

Centre su atención en bajar la fiebre:

No intente darle nada a través de la boca.

Ponga paños fríos en la frente y cuello. Frote con una esponja el resto del cuerpo con agua tibia (no fría). El agua fría o el alcohol pueden empeorar la fiebre.

Después de que termine la convulsión y el niño esté despierto, suministre una dosis normal de ibuprofeno o paracetamol.

Después de la convulsión, el paso más importante es identificar la causa de la fiebre.

La meningitis puede causar algunos casos de convulsiones febriles. Siempre se debe tener en cuenta, especialmente en niños menores de 1 año o los que todavía lucen enfermos cuando la fiebre baja. (20)

✓ **Intoxicación**

Una intoxicación es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia tóxica (veneno) que causa lesión o enfermedad y en ocasiones la muerte. Una intoxicación se produce por exposición, ingestión, inyección o inhalación de una sustancia tóxica. Las intoxicaciones accidentales o voluntarias debidas al consumo de medicamentos son las más frecuentes. Otros tóxicos son: productos industriales, domésticos, de jardinería, drogas, monóxido de carbono y alcohol en un uso excesivo. La gravedad de la

intoxicación depende de la toxicidad del producto, del modo de introducción, de la dosis ingerida y de la edad de la víctima.

✓ Clases de intoxicación:

✓ Envenenamiento por ingestión de sustancias químicas para limpiar la casa

Los químicos que pueden estar esparcidos por toda la casa, como por ejemplo; lavandina o lejía, detergente, perfume, etc. frecuentemente son atractivos para los niños, y en caso de ser ingeridos por los mismos pueden dañar su sistema digestivo. Si alguna sustancia química lograra ingresar al torrente sanguíneo del niño que la ingirió o que estuvo en contacto con ella, la misma podría llegar a esparcirse por todo el organismo, y podría causar daños generalizados muy serios. Dependiendo de la sustancia química ingerida, los síntomas podrían incluir: vómitos (quizás con vestigios de sangre), somnolencia o pérdida del conocimiento y dolor o sensaciones de ardor o quemazón.

✓ Envenenamiento por ingestión de drogas –

Se ha demostrado que los niños tienden a agarrar los medicamentos de venta libre y los medicamentos recetados de sus padres y a tragárselos. Si sus píldoras poseen colores vistosos serán mucho más atractivas ante los ojos de un niño. Los analgésicos, los antialérgicos, y especialmente las drogas ilegales o recreacionales pueden ser sumamente perjudiciales para los niños pequeños. Los síntomas pueden variar desde: vómitos, dolor abdominal, temblores, sudoración, delirio y pérdida de conocimiento.

✓ Envenenamiento por ingestión de alimentos –

Los alimentos contaminados con bacterias o alguna clase de virus pueden enfermar seriamente a los niños. La bacteria de la Salmonella y del E. coli (frecuentemente encontradas en la carne) son uno de los principales factores causantes de envenenamiento por ingestión de alimentos en el hogar. Los síntomas incluyen: vómitos, diarrea (posiblemente con pérdida de sangre), calambres estomacales, mareos, jaqueca, fiebre y somnolencia. El mayor peligro que acarrea el envenenamiento por ingestión de alimentos es la deshidratación por pérdida de fluidos corporales, causada por los vómitos y por la diarrea.

✓ Envenenamiento causado por contacto o consumo de plantas –

Algunas plantas poseen hojas y frutos venenosos. Por lo general, las bayas o los frutos coloridos se vuelven extremadamente atractivos ante los ojos de los niños. Si son consumidas en pequeñas cantidades, estas hojas y bayas pueden llegar a causar vómitos y calambres estomacales. Dependiendo de la planta en cuestión, mayores dosis podrían provocar apoplejías e incluso podrían ser fatales. El hecho de comer ciertos tipos de setas salvajes podría causar alucinaciones; siendo éste un efecto frecuentemente buscado por los adultos que utilizan drogas recreacionales, pero absolutamente aterrador para los niños pequeños.

✓ Envenenamiento causado por la ingestión de alcohol –

El alcohol es fácilmente accesible en la mayor parte de los hogares, e incluso la ingestión de pequeñas dosis podría enfermar o descomponer seriamente a un niño. Los síntomas incluyen: vómitos y alteración del estado de conciencia. El niño que haya ingerido alcohol podría sentir mucho frío debido a la dilatación de los vasos sanguíneos causada por el mismo. Esto provoca que el organismo pierda temperatura. Un gran riesgo causado por el envenenamiento por consumo de alcohol es que el niño podría inhalar o asfixiarse a causa de los vómitos cuando se encontrara inconsciente. (21)

✓ ¿Qué Debería Hacer?

Llame a su doctor y siga sus instrucciones al pie de la letra. Si su doctor de cabecera no estuviera disponible en ese momento, llame a los servicios de emergencia.

Si el niño/a estuviera inconsciente, debería llamar a una ambulancia inmediatamente. Luego debería colocar al niño/a en una posición en la que pudiera recuperarse (recostado sobre uno de sus lados, con la parte inferior de sus piernas flexionada y la parte inferior de sus brazos estirada hacia abajo para que pueda brindarle apoyo; luego debería elevar su barbilla para poder despejar sus vías respiratorias y colocar su cabeza hacia abajo para permitir que el vómito salga de su boca).

Mientras espera que llegue la ambulancia, debería tratar de determinar qué ha consumido su hijo/a y qué cantidad de dicha sustancia ha consumido. Si fuera posible,

lleve un poco de lo que su hijo/a hubiera consumido y a alguien que la acompañe hasta la clínica o el hospital en donde el cirujano atenderá a su hijo/a. El personal médico también querrá saber cuánto pesa su hijo/a.

Recuerde no inducir el vómito a menos que el doctor se lo haya indicado o que un profesional médico entrenado le haya enseñado cómo hacerlo y le haya indicado que lo haga. (Si su hijo hubiera tragado lavandina o lejía - por ejemplo - será particularmente peligroso que vomite). Asimismo, sólo dele leche para beber a su hijo/a u otra clase de líquido si el doctor se lo permitiera. (21)

3. DIAGNÓSTICO O ANÁLISIS

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

Para efectos de esta investigación se ha elegido La Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista que se encuentra ubicada en la Carrera 84 No. 33 AA – 159 barrio La Castellana en el departamento Antioquia, Municipio de Medellín, es una institución de primer nivel que brinda servicios a 12,000 usuarios adscritos a la EPS Coomeva y que se rige bajo las normas de la ley 100 en salud lo que posibilita realizar la investigación por el tipo de población que atiende.

La población a la cual va dirigida esta investigación son los padres, cuidadores y acompañantes de los niños de la primera infancia que asisten al programa salud infantil en la fundación hospitalaria en especial al subprograma de crecimiento y desarrollo. Se caracterizan por pertenecer a los estratos 1 al 4 y algunas familias desplazadas de la zona cuatro de la ciudad de Medellín, constituyéndose de esta manera una población de alto riesgo psicosocial y cultural, que se beneficiaría en gran manera de una orientación en el manejo inicial de los menores que han padecido un accidente.

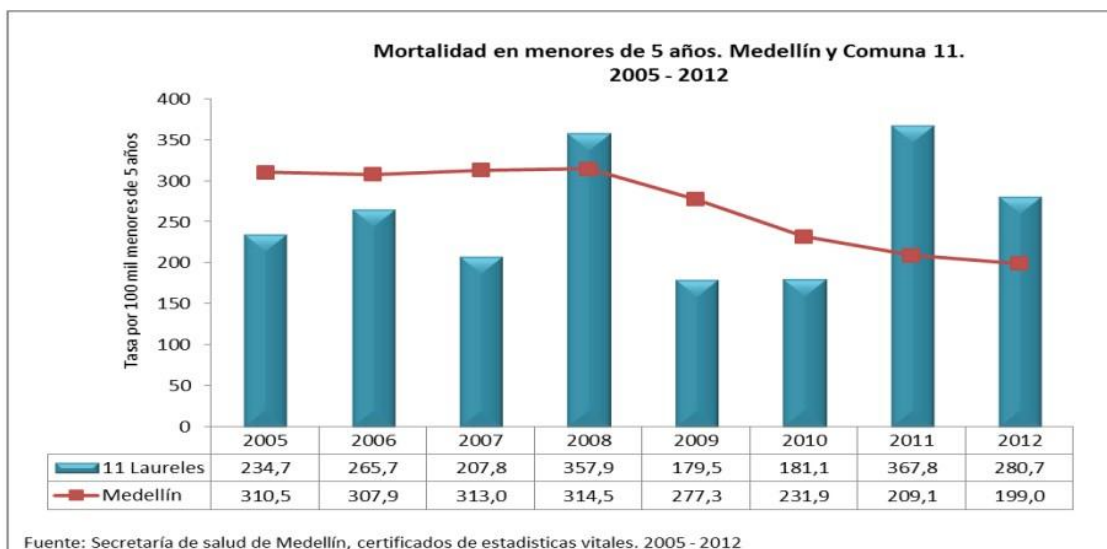
La zona cuatro de Medellín es la zona centro occidental que comprende las comunas 11 Laureles-Estadio, la comuna 12 La América y la comuna 13 San Javier, en estas poblaciones uno de los principales problemas es el difícil acceso a la educación básica y superior, la mala calidad de vida, son factores que afectan las condiciones competitivas en especial de la Comuna 12 - La América, y que dificulta la creación de alternativas para lograr el desarrollo. (22)

Se evidencia deficiencia en las prácticas de convivencia pacífica a nivel de manejo de conflictos, solidaridad, respeto e integración comunitaria por parte de los habitantes de la Comuna 11 al igual se presenta deficiencia en los programas de atención en salud, protección social y políticas efectivas dirigidos a los adultos mayores de la Comuna 11

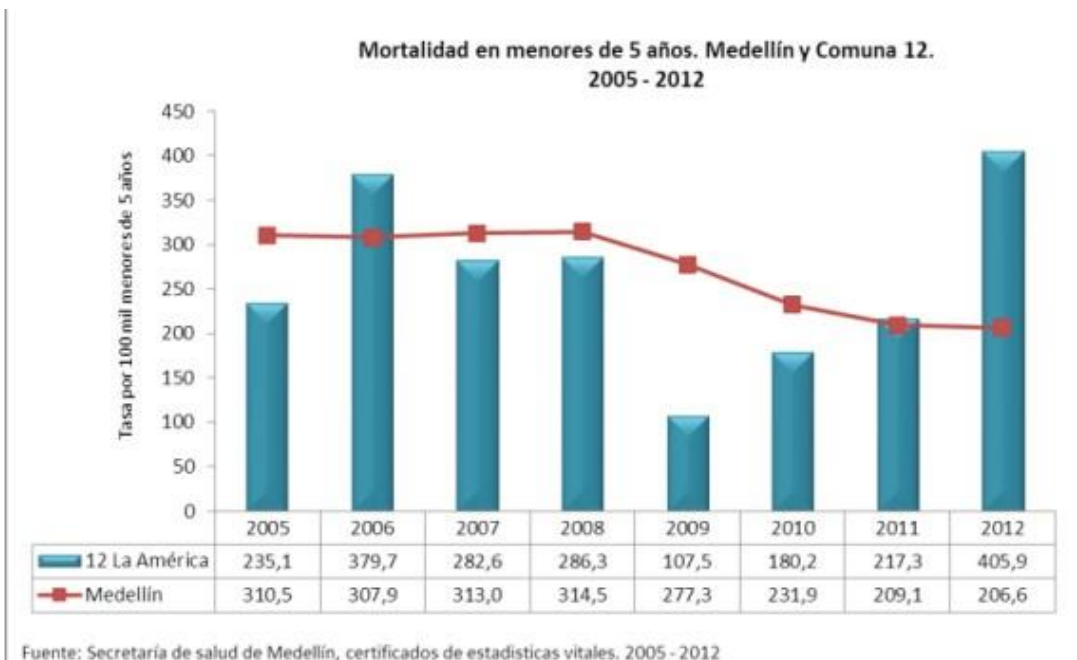
también la movilidad es uno de los principales temas de preocupación de la población. (23)

Los principales problemas de la comuna 13 son: el desempleo, el subempleo e informalidad, la falta de cobertura y de calidad en los servicios de salud, el consumo de drogas psicoactivas, el desconocimiento de derechos y deberes por parte de los habitantes, deficiencia educativa y falta de programas formativos y educativos. (24)

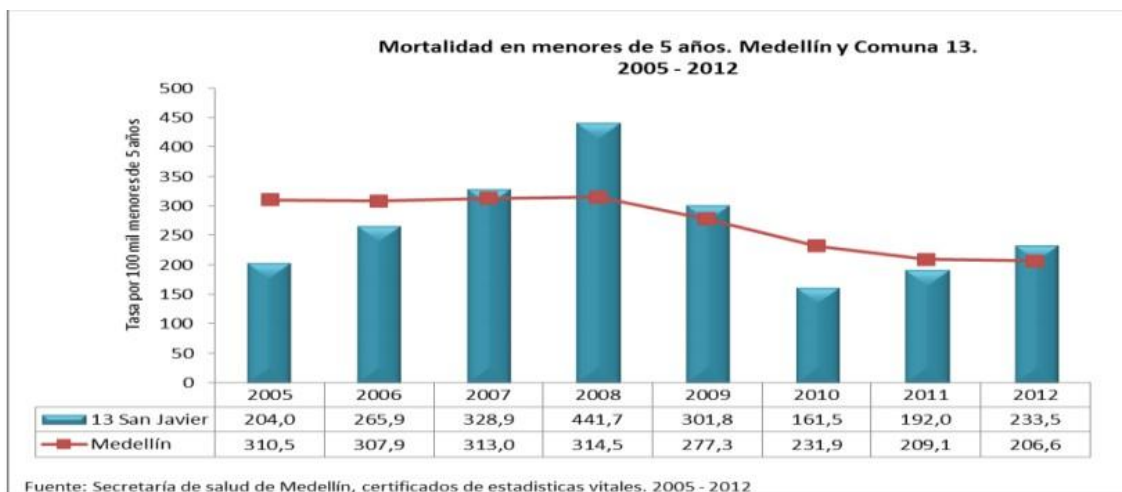
grafica 1 mortalidad de la comuna 11



grafica 2 mortalidad de la comuna 12



grafica 3 mortalidad en la comuna 13



4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 ALCANCE DEL PROYECTO

Este proyecto tiene como finalidad instruir a los padres y/o cuidadores de los niños de la primera infancia en cómo actuar ante las emergencias que se puedan presentar en el hogar con relación a los niños, y los primeros auxilios que se les pueden brindar a estos mismos, y saber que emergencias son más graves que requieren de una atención médica inmediata.

En vista de la necesidad de educar a los padres de familia acerca del manejo de accidentes domésticos en niños de la primera infancia, este proyecto beneficiaria directamente a los padres y a los niños que asisten a los controles grupales en la IPS Universitaria Adventista. A través de una guía que se deja a disposición en la IPS para ser utilizada de una manera indefinida hasta que surja una nueva versión sugerida por otros investigadores.

4.2 METODOLOGIA DEL PROYECTO

Esta investigación tiene un enfoque cualitativo el cual busca fortalecer el conocimiento de los padres en caso de un accidente doméstico y a que reconozcan que tipos de accidentes son los que más se presentan en el hogar. Es un estudio descriptivo para determinar las causas más frecuentes de accidentes que ocurren en el hogar a los niños de la primera infancia.

4.3 PLAN DE TRABAJO

Tabla 2 Cronograma

T/ ACTIVIDAD	FEBRER O		MARZO				ABRIL				MAYO			
	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Semanas														
Recolección de información capítulo I	■	■												
Entrega capítulo I		■												
Recolección información capítulo 2		■	■	■										
Entrega del capítulo II				■										
Recolección información capítulo 3				■	■	■								
Entrega capítulos I, II y III							■							
Entrega del capítulo III							■							
Elaboración de la guía							■	■	■					
Recolección de información capítulo 4								■	■					
Entrega del capítulo IV									■					
Recolección de la información capítulo 5										■	■			
Entrega del capítulo V											■			
Entrega del proyecto virtual												■	■	
Sustentación														■

Tabla 3 gastos

RUBROS	EGRESOS
Material bibliográfico	\$ 100.000
Transporte	\$24.000
Impresión del trabajo final	\$
Empastada y trabajo final	\$
CD y Quemada de información	\$
Imprevistos	\$
Total	\$

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se enuncian las conclusiones generales de la investigación-cualitativa respondiendo a la pregunta, recomendaciones. Se deja la propuesta de la guía para que la IPSUA la implemente dentro de sus actividades educativas a los usuarios objeto de esta investigación. Se exponen las conclusiones y recomendaciones que surgieron a través de la guía que servirá de apoyo a los padres cuando presenten una situación que requiera atención inmediata.

5.1 CONCLUSIONES

De lo investigado se encontró:

- Que la mayoría de los accidentes son prevenibles
- Que se puede hacer manejo inicial sin tener muchos recursos y conocimientos
- Que la institución esta presta a tener material escrito para el manejo de accidentes
- Que las principales causa de accidentes en niños menores de cinco años son las quemaduras, semiahogamiento, atragantamiento, caídas, convulsiones febriles, intoxicación.

Así se propone la actividad en formación, que incluye una guía impresa en un folleto, como motivación, iniciativa de atención en el hogar a los padres y cuidadores. Es importante educar en atención de accidentes en el hogar tanto para la prevención como para un manejo adecuado, coherente y oportuno y así disminuir la presentación de secuelas y muerte innecesarias. Con esto se evidencia la necesidad de contar con un material de apoyo y se determinan las recomendaciones para implementar una

estrategia educativa a padres y cuidadores que permita potenciar los conocimientos de atención primaria en salud en este caso dirigido a los usuarios de la IPSUA.

Las investigadoras aprendieron que los padres y cuidadores no tienen que tener mucha experiencia, ni conocimientos avanzados para realizar la atención primaria en salud, ellos necesitan de la implementación de una estrategia que refuerce sus habilidades en atender en caso de un accidente en casa. De la IPSUA se destaca, que valoran el esfuerzo y están prestos a acogerse a la propuesta de un plan de educación con la guía que se les presenta con el fin de mejorar la condición de salud de sus usuarios y aun de los empleados.

5.2 RECOMENDACIONES

Según el objetivo general que tenemos las recomendaciones que se pueden dar son:

1. incluir en las actividades grupales de control de crecimiento y desarrollo el folleto de educación que tiene por nombre primeros auxilios para padres.
2. Organizar un botiquín de primeros auxilios como modelo que los padres y cuidados deben tener en casa para atender accidentes como quemaduras, semiahogamiento, atragantamiento, caídas, convulsiones febriles e intoxicación.
3. Proponer que se realice una conferencia exclusiva a los niños en autocuidado para prevención de accidente en el hogar.
4. En el futuro agregar otras patologías para ampliar la cobertura de accidentes en el hogar que se pueden manejar en casa o hacer su manejo inicial.

6. REFERENCIAS

1. FERNADEZ SOLAR M. PRIMEROS AUXILIOS DE NIÑOS Y BEBES. In SOLAR IF. PRIMEROS AUXILIOS DE NIÑOS Y BEBES.: 3ciencias; 2015. p. 11.
2. HSBNOTICIAS.COM. [Online].; 2015. Available from: hsbnoticias.com/noticias/ciencia/salud/en-colombia-cada-hora-un-nino-pierde-la-vida-por-accidentes-148838.
3. Ablewhite J. BioMed Central. [Online].; 2015. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4588674.
4. Ogilvie S. JSRM open. [Online].; 2016 [cited 2016 MARZO 7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4780204/>.
5. CORPORACION ADVENTISTA DE COLOMBIA. [Online]. [cited 2016 MARZO 7. Available from: <http://www.unac.edu.co/index.php/mision-y-vision/>.
6. EL ABEDUL. [Online].; 2006 [cited 2016 MARZO 7. Available from: <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201098%20DE%202006.pdf>.
7. PRIMEROS AUXILIOS. [Online]. [cited 2016 MARZO 7. Available from: <http://primeros-auxilios.idoneos.com/>.
8. High-tech CCM Salud. [Online].; 2016 [cited 2016 MARZO 9. Available from: <http://salud.ccm.net/faq/16018-cuerpo-humano-definicion>.
9. Dario Cobo MD, M.D. PD. signos vitales en pediatria. pediatric vital signs. [Online].; diciembre 15, 2010 [cited 2016 mayo 2. Available from: <http://revgastrohup.univalle.edu.co/a11v13n1s1/a11v13n1s1art6.pdf>.
10. documents.mx. [Online].; 2016 [cited 2016 marzo 7. Available from: <http://documents.mx/documents/06-enf-460-tesis-accidentes-domesticos-en-ninos-menores-de-cinco-anospdf.html>.
11. heller J. MedlinePlus. [Online].; 2014 [cited 2016 marzo 7. Available from: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000030.htm>.

12. ARROYO S. SALUD 180. [Online]. [cited 2016 MARZO 7. Available from:
<http://www.salud180.com/salud-z/consejos-para-tratar-las-quemaduras-en-el-hogar>.
13. Dres. Szpilman D BJHA. IntraMed. [Online].; 2012 [cited 2016 MARZO 29.
Available from: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=76479>.
14. CLC clinica las condes. [Online]. [cited 2016 marzo 29. Available from:
<http://www.clc.cl/NOTICIAS/Asfixia-por-inmersion.aspx>.
15. hospital General Universitario Gregorio Marañón. Salud Madrid. [Online].; 2013
[cited 2016 MARZO 29. Available from: <http://www.clc.cl/NOTICIAS/Asfixia-por-inmersion.aspx>.
16. American Heart Association. primeros auxilios con RCP y DEA. In Gonzales L,
editor.. Estados Unidos: Sue Bork; marzo 2011. p. 85 y 87.
17. oranizacion Panamericana de Salud. [Online]. [cited 2016 MARZO 29. Available
from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>.
18. MOLTEX. [Online]. [cited 2016 MARZO 29. Available from:
<http://www.moltex.es/wikimoltex/cuidados-del-bebe/de-1-a-2-anos/primeros-auxilios-en-caso-de-caidas-144>.
19. L DMTM. ESCUELA DE MEDICINA. [Online].; 1996 [cited 29 MARZO 29.
Available from:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/convulsiones.html>.
20. MedlinePlus. [Online]. [cited 2016 MARZO 29. Available from:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000980.htm>.
21. Pregnancy-info.net. [Online]. [cited 2016 MARZO 29. Available from:
<http://espanol.pregnancy-info.net/intoxicaciones.html>.
22. ALCALDIA DE MEDELLIN. Alcaldia de Medellin. [Online]. [cited 2016
MARZO 30. Available from:
<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Plantillas%20Gen%20C3%A9ricas/Documentos/Plan%20Desarrollo%20Local/PDL%20COMUNA%2012-2.pdf>.

23. ALCALDIA DE MEDELLIN. Medellin La Mas Educada. [Online]. [cited 2016 marzo 30. Available from:
<https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/Plan%20Desarrollo%20Local/PDL%20COMUNA%201-1.pdf>.
24. ALCALDIA DE MEDELLIN. PLAN DE DESARROLLO LOCAL COMUNA 13. [Online].; 2010 [cited 2016 MARZO 30. Available from:
https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/Plan%20Desarrollo%20Local/CARTILLA_PDLC13_final.pdf.
25. Española CR. guia de primeros auxilios. [Online].; 2009 [cited 2016 marzo 9. Available from: <https://efiesconselleria.files.wordpress.com/2011/09/tema-1-principios-generales-de-socorrismo.pdf>.
26. [Online].